

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1972 - N°

LA TUBERCULOSE DU MYOMETRE

(A propos de trois observations)

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le 1972

par

KARA SLIMANE Mohamed Arslan

né le 10 Novembre 1944 à Gdyl

MEMBRES DU JURY

MM. AIT-OUYAHIA : Maître de Conférences, Agrégé d'Obstétrique
et de Gynécologie PRESIDENT

LARBAOUI : Professeur de Pneumo-Phtisiologie

YAKER : Maître de Conférences, Agrégé d'Anatomie Pathologique

Madame LALIAM : Chef du Service de Gynécologie et d'Obstétrique
(Parnet)

JUGES

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1972 - N°

LA TUBERCULOSE DU MYOMETRE

(A propos de trois observations)

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le 1972

par

KARA SLIMANE Mohamed Arslan

né le 10 Novembre 1944 à Gdyl

MEMBRES DU JURY

MM. AIT-OUYAHIA : Maître de Conférences, Agrégé d'Obstétrique
et de Gynécologie **PRESIDENT**

LARBAOUI : Professeur de Pneumo-Phtisiologie

YAKER : Maître de Conférences, Agrégé d'Anatomie Pathologique

Madame LALIAM : Chef du Service de Gynécologie et d'Obstétrique
(Parnet)

JUGES

- SERMENT D'HIPPOCRATE -

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui ne seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque.

JE DEDIE CETTE THESE

A mes parents : qu'elle soit pour eux le témoignage
de toute ma reconnaissance et de
mon affection.

A la mémoire de ma soeur .

A ma femme et notre fils.

A mes beaux-parents.

A tous les miens.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur AIT OUYAHIA

Qu'il veuille bien trouver ici l'hommage de notre gratitude pour l'enseignement qu'il nous a prodigué et l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre jury de thèse.

Nous le remercions de nous avoir inspiré ce sujet, d'avoir participé à sa réalisation et de nous avoir dispensé sans compter son temps, ses conseils éclairés et son affection.

A NOTRE JURY DE THESE

Monsieur le Professeur LARBAOUI

Nous tenons à l'assurer ici de notre reconnaissance pour l'intérêt qu'il a bien voulu nous témoigner.

Monsieur le Professeur YAKER

Il nous a permis de prendre connaissance, dans son service, de documents nécessaires à l'élaboration de ce travail.

Nous l'en remercions.

Madame Le Docteur LALIAM

Qu'elle veuille bien trouver ici le témoignage de notre reconnaissance pour l'accueil bienveillant qu'elle nous a fait dans son service.

A TOUS CEUX QUI ONT PARTICIPE A LA REALISATION DE CE TRAVAIL
ET PARTICULIEREMENT :

Madame le Docteur BOUHADEF

Monsieur le Docteur TAHRAT

A MESSIEURS :

Le Lieutenant Colonel ATAILIA Mohamed

Le Commandant BELKHEIR Larbi

Le Lieutenant BENNAYE Ahmed

Nous vous sommes reconnaissant de l'accueil que vous nous avez réservé dans votre région et de toute la compréhension et l'aide que vous nous avez apportées.

A MES AMIS

A TOUS MES CAMARADES DE PROMOTION

==0== P L W U T ==0==

- 1) Introduction et Historique.
- 2) Observations.
- 3) Tableau clinique commun.
- 4) Hypothèses Pathogéniques.
- 5) Conclusion.
- 6) Bibliographie.

$$= 0 =$$
$$= 0$$

N T R O D U C T I O N

= 0 =

$$\frac{1}{2} \text{O}_2$$

La tuberculose génitale de la femme est très fréquente dans notre pays, soit sous des formes bruyantes, soit plus volontiers sous des formes à symptomatologie plus atténuée, voire même tuberculose génitale latente.

Dans tous les cas, il s'agit en règle générale, de tuberculose utéro-annexielle, la tuberculose annexielle se localisant à la trompe, la tuberculose utérine étant une tuberculose de l'endomètre.

Quels que soient le degré de prolifération bacillaire et l'étendue des lésions, le myomètre est exceptionnellement atteint par le processus tuberculeux.

Dans les publications anciennes, comme dans les traités modernes ou dans la littérature médicale de ces dernières années, française ou anglo-saxonne, il est rarement fait référence à la tuberculose du myomètre.

Dans nos recherches bibliographiques, il nous a fallu remonter à 1910 pour retrouver

l'observation d'Alessandri

" Il s'agit d'une femme de 43 ans, admise dans le service le 3 avril 1910. Dans ses antécédents héréditaires, on relève que son père est décédé de pneumopathie.

Elle se marie une première fois à 21 ans, ne fait aucune grossesse et son mari succombe à une affection pleurale.

Elle se remarie 8 ans après, mais il n'en résulte ici aussi aucune gestation.

Elle est hospitalisée pour syndrome douloureux abdomino-pelvien à prédominance gauche, accompagné depuis quelques jours de métrorragies distillantes.

La palpation identifie une tumeur abdomino-pelvienne médiane, globuleuse, dure, dont la limite supérieure remonte à 3 travers de doigts au-dessus de la symphyse pubienne.

Au T.V., combiné au palper abdominal :

le corps étant éversé, mobile, surmonté par une masse grosse comme une mandarine, arrondie, douloureuse, faisant corps avec l'utérus.

L'hystérométrie est de 9 centimètres.

L'examen général ne retrouve rien qu'une petite adénopathie inguinale.

Le diagnostic évoqué est celui de fibrome du fond utérin.

L'intervention est pratiquée le 6 avril sous rachi-anesthésie :

Hystérectomie subtotale avec annexectomie.

La malade sort complètement guérie le 4 mai 1910.

L'examen de la pièce opératoire précise que :

- La partie supérieure de la face antérieure du corps utérin

est déformée par une tumeur arrondie ayant l'aspect d'un fibrome intra-mural.

- Les annexes se rejoignent en arrière de l'utérus, fixées à l'organe par des adhérences.

- A la coupe, l'endomètre ne présente pas d'altération visible, mais le muscle est infarci par une zone de nécrose caséuse qui est limitée en dedans et en dehors par une muqueuse et une séreuse absolument normales.

Il n'y a pas de zone de sclérose autour du foyer caséux.

Le reste du muscle semble intact.

L'examen histologique :

- Ne retrouve pas de lésions d'inflammation spécifique au niveau des trompes.

- Identifie dans le foyer tumoral de nombreux granulomes tuberculeux dont la plus grande partie présente une dégénérescence caséuse.

- Reconnaît dans le reste du muscle, une tuberculose miliaire typique avec des anas lymphoïdes au contact de l'endomètre.

En conclusion, il s'agit d'une tuberculose génitale avec lésions isolées du myomètre, sans atteinte des trompes, de la muqueuse et du péritoine.

Les deux autres observations dont nous avons pu prendre connaissance, sont celles de Daniel et de Jeanneney.

. Cas de Daniel 1925.

Il s'agit d'une femme de 50 ans, ménopausée depuis 3 ans, qui a présenté 9 grossesses, dont 6 menées à terme et 3 interrompues par avortement provoqué.

Elle est hospitalisée pour douleurs pelviennes, leucorrhées fétides, purulentes, abondantes.

A l'examen, l'utérus apparaît augmenté de volume et on évoque le diagnostic de cancer du corps de l'utérus ; pourtant le curettage biopsique ne ~~t~~retrouve pas de lésions néoplasiques.

On pratique une hystérectomie totale inter-annexielle, les annexes paraissant saines.

A la coupe, on retrouve une tumeur intracavitaire de la grosseur d'une petite pomme, implantée sur la paroi postérieure du corps. La muqueuse qui la recouvre est très épaissie atteignant par endroits 1 cm, d'aspect

végétant.

Muqueuse et musculieuse sont creusées d'une série de petites cavités de la grosseur d'un grain de mil, remplies de pus jaune-vert, bien lié. Au niveau de la musculieuse on reconnaît avoir "des vaisseaux épaissis".

A l'examen microscopique

- l'épithélium de revêtement manque sur certaines plages, le reste de la muqueuse présentant une infiltration lymphocytaire.
- Les cavités de la musculieuse comportent une zone centrale nécrotique, contenant des restes de noyaux fragmentés. La paroi de ces cavités est formée d'un stroma avec des cellules de formes et de dimensions variables :
 - cellules du stroma.
 - cellules lymphocytaires
 - nombreuses cellules géantes isolées.

En conclusion, il s'agit d'une métrite interstitielle tuberculeuse à forme hypertrophique, variété fongueuse.

. Cas de Jeanneney, 1928.

Il s'agit d'une femme de 38 ans, qui consulte pour pertes rouges et dou-

leurs.

L'étude des antécédents révèle que le mari est décédé à l'âge de 30 ans de pneumopathie bacillaire et que la soeur est également une bacillaire. Les règles qui étaient indolores depuis la ménarchie intervenue à l'âge de 14 ans, sont devenues douloureuses.

Le toucher combiné identifie à côté d'un utérus augmenté de volume, deux masses latérales faisant corps avec le fond.

On pense à un fibrome double et on intervient : on découvre des granulations en grains de semoule sur corne et trompe droites.

A la coupe, la tranche de section présente des foyers caséux : il s'agit d'une tuberculose diffuse étendue à la totalité du muscle utérin.

L'examen histologique

- les fibres musculaires sont dissociées par un processus inflammatoire qui s'infiltré entre elles. Cette réaction inflammatoire est de type tuberculeux.
- Il existe de grandes zones occupées par des cellules monocytaires, épithélioïdes ; alentour, lymphocytes, vascularités.

- De ci de là, quelques cellules géantes.

En conclusion, l'image est celle d'une tuberculose diffuse dans tout le muscle utérin avec des tubercules caséifiés.

Dans les publications de ces dernières années, nous avons relevé le cas rapporté par Wahl en 1971 à propos des formes métrorragiques de la tuberculose génitale, et des remarques de Guyomar et Obeika, dans l'étude sur la tuberculose génitale des femmes âgées, chez lesquelles on retrouverait, d'après l'auteur, davantage de formes myométriales.

0

==



B S E R V A T I O N S

0

1. **Project Overview**
 2. **Objectives**
 3. **Scope**
 4. **Stakeholders**
 5. **Timeline**
 6. **Budget**
 7. **Risks**
 8. **Conclusion**
 9. **Appendix**
 10. **References**
 11. **Index**
 12. **Glossary**
 13. **Abbreviations**
 14. **Acronyms**
 15. **Footnotes**
 16. **Endnotes**
 17. **Notes**
 18. **Comments**
 19. **Revisions**
 20. **History**
 21. **Change Log**
 22. **Version Control**
 23. **Document Control**
 24. **Approval**
 25. **Signature**
 26. **Date**
 27. **Page**
 28. **Total Pages**
 29. **Page Number**
 30. **Page Count**
 31. **Page Size**
 32. **Page Format**
 33. **Page Layout**
 34. **Page Design**
 35. **Page Style**
 36. **Page Template**
 37. **Page Header**
 38. **Page Footer**
 39. **Page Margin**
 40. **Page Numbering**
 41. **Page Indexing**
 42. **Page Marking**
 43. **Page Labeling**
 44. **Page Tagging**
 45. **Page Annotation**
 46. **Page Comment**
 47. **Page Note**
 48. **Page Remark**
 49. **Page Observation**
 50. **Page Suggestion**
 51. **Page Recommendation**
 52. **Page Advice**
 53. **Page Hint**
 54. **Page Tip**
 55. **Page Trick**
 56. **Page Shortcut**
 57. **Page Hack**
 58. **Page Workaround**
 59. **Page Solution**
 60. **Page Answer**
 61. **Page Response**
 62. **Page Reply**
 63. **Page Feedback**
 64. **Page Input**
 65. **Page Output**
 66. **Page Result**
 67. **Page Effect**
 68. **Page Impact**
 69. **Page Influence**
 70. **Page Power**
 71. **Page Force**
 72. **Page Strength**
 73. **Page Weakness**
 74. **Page Limitation**
 75. **Page Constraint**
 76. **Page Restriction**
 77. **Page Barrier**
 78. **Page Obstacle**
 79. **Page Challenge**
 80. **Page Problem**
 81. **Page Issue**
 82. **Page Concern**
 83. **Page Worry**
 84. **Page Anxiety**
 85. **Page Stress**
 86. **Page Tension**
 87. **Page Pressure**
 88. **Page Burden**
 89. **Page Load**
 90. **Page Weight**
 91. **Page Bulk**
 92. **Page Mass**
 93. **Page Volume**
 94. **Page Quantity**
 95. **Page Amount**
 96. **Page Number**
 97. **Page Count**
 98. **Page Size**
 99. **Page Format**
 100. **Page Layout**
 101. **Page Design**
 102. **Page Style**
 103. **Page Template**
 104. **Page Header**
 105. **Page Footer**
 106. **Page Margin**
 107. **Page Numbering**
 108. **Page Indexing**
 109. **Page Marking**
 110. **Page Labeling**
 111. **Page Tagging**
 112. **Page Annotation**
 113. **Page Comment**
 114. **Page Note**
 115. **Page Remark**
 116. **Page Observation**
 117. **Page Suggestion**
 118. **Page Recommendation**
 119. **Page Advice**
 120. **Page Hint**
 121. **Page Tip**
 122. **Page Trick**
 123. **Page Shortcut**
 124. **Page Hack**
 125. **Page Workaround**
 126. **Page Solution**
 127. **Page Answer**
 128. **Page Response**
 129. **Page Reply**
 130. **Page Feedback**
 131. **Page Input**
 132. **Page Output**
 133. **Page Result**
 134. **Page Effect**
 135. **Page Impact**
 136. **Page Influence**
 137. **Page Power**
 138. **Page Force**
 139. **Page Strength**
 140. **Page Weakness**
 141. **Page Limitation**
 142. **Page Constraint**
 143. **Page Restriction**
 144. **Page Barrier**
 145. **Page Obstacle**
 146. **Page Challenge**
 147. **Page Problem**
 148. **Page Issue**
 149. **Page Concern**
 150. **Page Worry**
 151. **Page Anxiety**
 152. **Page Stress**
 153. **Page Tension**
 154. **Page Pressure**
 155. **Page Burden**
 156. **Page Load**
 157. **Page Weight**
 158. **Page Bulk**
 159. **Page Mass**
 160. **Page Volume**
 161. **Page Quantity**
 162. **Page Amount**
 163. **Page Number**
 164. **Page Count**
 165. **Page Size**
 166. **Page Format**
 167. **Page Layout**
 168. **Page Design**
 169. **Page Style**
 170. **Page Template**
 171. **Page Header**
 172. **Page Footer**
 173. **Page Margin**
 174. **Page Numbering**
 175. **Page Indexing**
 176. **Page Marking**
 177. **Page Labeling**
 178. **Page Tagging**
 179. **Page Annotation**
 180. **Page Comment**
 181. **Page Note**
 182. **Page Remark**
 183. **Page Observation**
 184. **Page Suggestion**
 185. **Page Recommendation**
 186. **Page Advice**
 187. **Page Hint**
 188. **Page Tip**
 189. **Page Trick**
 190. **Page Shortcut**
 191. **Page Hack**
 192. **Page Workaround**
 193. **Page Solution**
 194. **Page Answer**
 195. **Page Response**
 196. **Page Reply**
 197. **Page Feedback**
 198. **Page Input**
 199. **Page Output**
 200. **Page Result**
 201. **Page Effect**
 202. **Page Impact**
 203. **Page Influence**
 204. **Page Power**
 205. **Page Force**
 206. **Page Strength**
 207. **Page Weakness**
 208. **Page Limitation**
 209. **Page Constraint**
 210. **Page Restriction**
 211. **Page Barrier**
 212. **Page Obstacle**
 213. **Page Challenge**
 214. **Page Problem**
 215. **Page Issue**
 216. **Page Concern**
 217. **Page Worry**
 218. **Page Anxiety**
 219. **Page Stress**
 220. **Page Tension**
 221. **Page Pressure**
 222. **Page Burden**
 223. **Page Load**
 224. **Page Weight**
 225. **Page Bulk**
 226. **Page Mass**
 227. **Page Volume**
 228. **Page Quantity**
 229. **Page Amount**
 230. **Page Number**
 231. **Page Count**
 232. **Page Size**
 233. **Page Format**
 234. **Page Layout**
 235. **Page Design**
 236. **Page Style**
 237. **Page Template**
 238. **Page Header**
 239. **Page Footer**
 240. **Page Margin**
 241. **Page Numbering**
 242. **Page Indexing**
 243. **Page Marking**
 244. **Page Labeling**
 245. **Page Tagging**

$$= 0$$

- OBSERVATION N° 1 -

Madame O... H ouria, 37 ans, est admise dans le service de la Maternité
PARNET - (M. ATT OUYAHIA), le 25 octobre 1966 pour :

- Ménométrorragies évoluant depuis 2 ans et ayant nécessité
plusieurs hospitalisations.

1°) Le 1er juillet 1965

Elle est adressée par son médecin traitant pour masse latéro-utérine
gauche.

- L'examen révèle :

- Des métrorragies ayant succédé à une aménorrhée de 2 mois.
- Un utérus augmenté de volume
- Une masse bombant dans le cul de sac gauche, dure, douloureuse,
non mobile, grosse comme une mandarine.

Le test de grossesse s'avère négatif.

La malade sort après curettage.

2°) Le 24 août 1966

Elle présente des métrorragies depuis 2 semaines, et devant le tableau
clinique (utérus augmenté de volume comme 3 mois et hémorragies), on
pense à un Avortement en cours.

Le curettage effectué ramène des "débris placentaires" et la malade sort au 3ème jour.

3°) Le 29 août 1966

Elle revient pour métrorragies abondantes.

Traitement médical seul : correction de la spoliation sanguine par transfusions et traitement hémostatique.

La malade quitte le service sur sa demande.

4°) Le 25 octobre 1966

Dernière hospitalisation actuelle.

Depuis 2 mois les hémorragies ont repris, accompagnées de douleurs pelviennes, prédominant à gauche, et de leucorrhées.

Dans les antécédents personnels on note :

- une ménarchie à 16 ans
- 2 grossesses suivies d'accouchements normaux durant 18 ans de mariage.
- il y a de cela 13 ans cette malade a présenté un épanchement pleural gauche et une ascite à l'âge de 26 ans.

Les antécédents collatéraux ne présentent aucune particularité notable

- A l'entrée : on est en présence d'une femme :

- en mauvais état général
- anémiée (anémie clinique marquée)
- infectée (température à 38°5)

!

- L'examen gynécologique objective :

- Au spéculum : un col dévié à gauche, oedématisé, violacé, laissant sourdre du sang par son orifice externe.
- Au toucher vaginal : on perçoit une masse latéro-utérine gauche, légèrement postérieure de consistance ferme, sans sillon de séparation avec l'utérus.

Elle est d'ailleurs mobilisable avec ce dernier et douloureuse à la pression. La main abdominale retrouve cette masse à deux doigts du bord supérieur du pubis et à gauche.

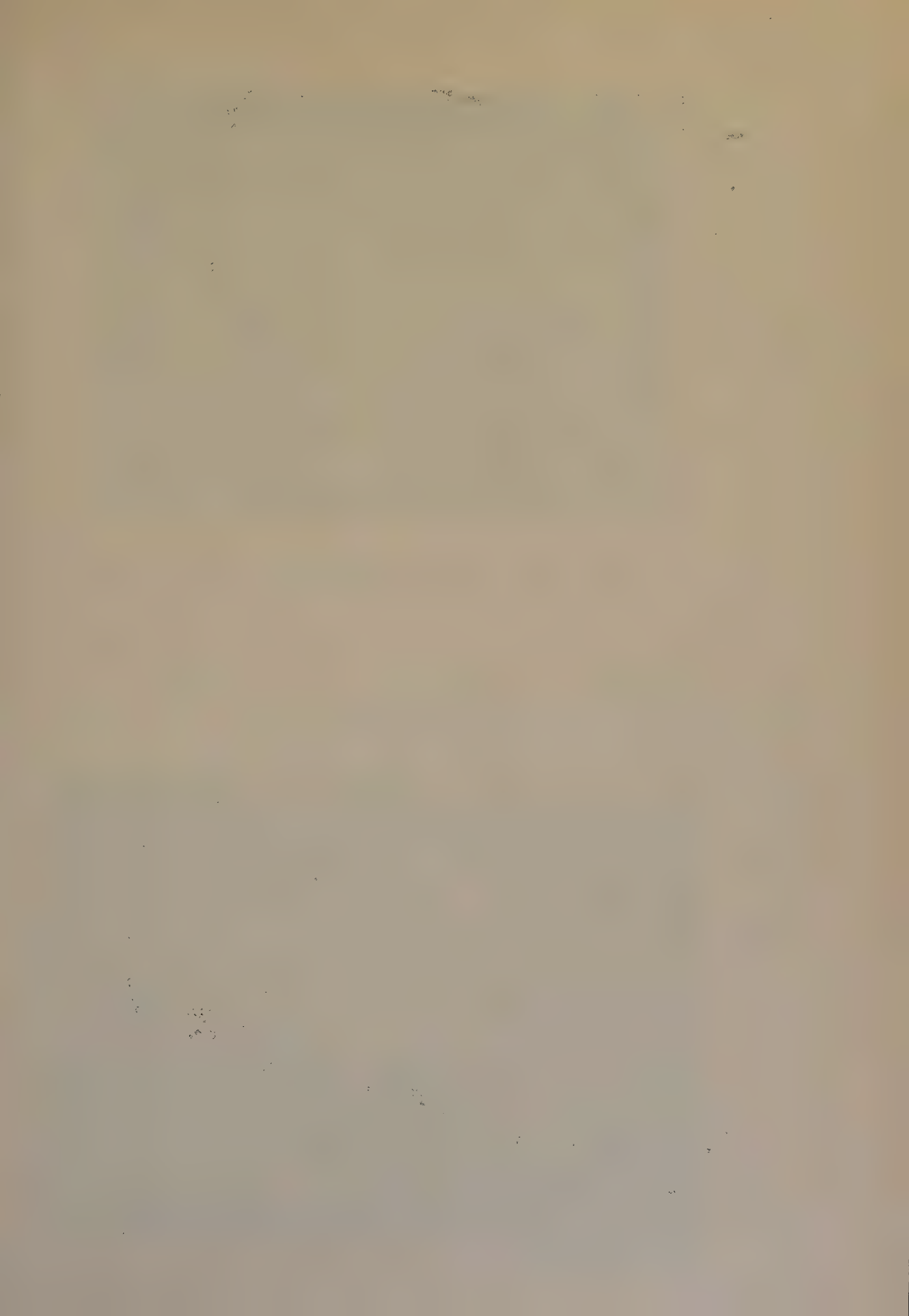
- En conclusion

Il s'agit d'une femme de 37 ans qui présente :

- un état général précaire
- des ménométrorragies évoluant depuis 2 ans
- une masse latéro-utérine gauche.

- Examens pratiqués

. F.N.S. : 890.000 globules rouges
6.000 globules blancs.





- . Hématocrite : 12 %
- . V.S. à 70/140
- . Absence d'H.C.G. dans les urines.
- . L'hystéroggraphie va visualiser :

Une cavité utérine de dimension à peu près normale, à bords déformés, présentant un aspect marécageux au niveau de la corne gauche, Ce dernier aspect avait fait penser à la possibilité d'un chorio-épithéliome.

- Intervention le 18 Novembre 1966 (M. AIT OUYAHIA)

Après laparotomie médiane sous ombilicale apparaissent :

- un ovaire gauche kystique de la grosseur d'une mandarine ;
- un utérus augmenté de volume, asymétrique, présentant au niveau du fond et de la corne gauche une tuméfaction de consistance ferme se prolongeant au niveau de la trompe sous la forme d'un nodule.
- un nodule à la partie proximale de la trompe droite.

On pratique :

- Hystérectomie sub-totale
- annexectomie gauche
- salpingectomie droite.

La section de l'utérus montre de multiples microabcès au niveau du myomètre.

- Examen anatomo-pathologique : 14 novembre 1966 (Mme A. BOUH ADET)

- Macroscopie :

L'utérus est massivement augmenté de volume non déformé ferme. A la coupe on observe un placard nécrotique au niveau de la corne utérine gauche. La trompe est épaissie, envahie de masses nécrotiques. Une volumineuse formation kystique, de 6 cm de diamètre, prolonge la trompe.

- Microscopie :

L'étude histologique permet de mettre en évidence :

1) Des lésions de salpingite chronique avec présence de quelques follicules épithélio-gigantocellulaires cernés par une réaction de fibrose, réalisant l'aspect d'une salpingite tuberculeuse.

2) Des lésions du corps utérin, situées au niveau de l'orifice tubaire gauche, au sein des fibres musculaires, lésions de la corne utérine, constituées de follicules de type Koester, témoignant d'une dissémination tuberculeuse myométriale.

3) Un kyste folliculaire de grande taille au niveau de l'ovaire.

En conclusion

L'aspect est celui d'une salpingite spécifique avec dissémination du

processus inflammatoire tuberculeux au myomètre.

- OBSERVATION N° 2 -

Madame K... Zineb, 42 ans, est adressée le 29 mai 1972 dans le service de gynécologie et d'obstétrique (M. BONAFOS) pour :

- Métrorragies
- Douleurs pelviennes.

Les antécédents personnels révèlent :

- une ménarchie à 13 ans
- des cycles réguliers tous les 28 jours. Durée des règles 4 à 5 jours.
- un premier mariage ayant duré 15 années, sans grossesse. Son mari par contre a eu des enfants d'un premier lit.
- un deuxième mariage, également sans enfant.

Dans les antécédents familiaux il est à noter que :

- le second mari a été hospitalisé 5 mois dans un service de pneumo-phtisiologie en 1968 pour tuberculose pulmonaire.
- le père est encore vivant
- la mère est décédée de cause non précisée.

Histoire de la maladie :

- En 1968 : Mme K... consulte une sage-femme pour aménorrhée de 3 mois entrecoupée de légers saignements que la malade décrit comme de simples filets de sang.

Après examen et test de grossesse positif (?) cette sage-femme prescrit un traitement conservateur.

Des caillots de sang font alors place aux simples filets décrits plus haut. Elle est alors hospitalisée à DOUERA, où, mise en observation pendant 1 mois, elle sort après arrêt des hémorragies.

- En 1969 : Cette malade est hospitalisée de nouveau, et elle aurait subi en novembre de cette année une annexectomie gauche. (protocole non récupéré).

Malgré l'intervention, les hémorragies reprennent et, elle est adressée à la MATERNITE DE MUSTAPHA.

A l'entrée :

On est en présence d'une femme :

- en bon état général
- non anémiée
- qui présente des métrorragies accompagnées de douleurs pelviennes.

L'examen chez cette femme grasse révèle :

- la cicatrice de l'intervention citée plus haut.

- un abdomen souple non déformé.
- la palpation retrouve une masse hypogastrique, sus-pubienne, dure, de la taille d'un pamplemousse.
- Au spéculum : un col petit de nullipare, médian, rétrosymphysaire avec un orifice externe punctiforme. Ce col est d'aspect sain.
- Au toucher vaginal combiné au palper :
 - Sensation de col ramolli, petit.
 - le corps de l'utérus est para-médian gauche, apparemment normal, flanqué de 2 masses :
 - . L'une postérieure et gauche, relativement petite semblant fixée ;
 - . L'autre droite, qui semble faire corps avec l'utérus, de la dimension d'une petite orange.
 - le cul de sac latéral droit est discrètement comblé par la masse.
 - les autres culs de sacs sont libres.
 - le doigtier ramène beaucoup de sang.

Hystérométrie : 6,5 cm.

Bilan para-clinique

- cliché pulmonaire : il est de transparence normale.
on ne note aucune image suspecte.

- L'intra-dermo-réaction est positive à 25 mm au deuxième jour.

- F.N.S. 4.900.000 globules rouges

8.100 globules blancs dont :

- 72 % de polynucléaires neutrophiles

- 23 % de lymphocytes

- Hématocrite 40 %

- Urée sanguine 0,25/litre

L'hystérographie va révéler :

Un utérus de forme triangulaire, légèrement augmenté de volume présentant un aspect général d'utérus bicorne, avec de nombreuses effractions vasculaires.

Les parties proximales des deux trompes sont à peine visibles.

Image d'utérus pseudo-malformé avec injection vasculaire et imperméabilité tubaire bilatérale.

Le diagnostic de tuberculose génitale aurait pu être évoqué.

En conclusion :

Il s'agit d'une femme de 42 ans.

- stérile

- présentant des métrorragies importantes avec deux masses pelviennes très probablement génitales.
- sans autre signe d'accompagnement au niveau des autres appareils digestif ou urinaire en particulier.

Le diagnostic d'un fibrome double du corps est envisagé et l'on décide d'intervenir.

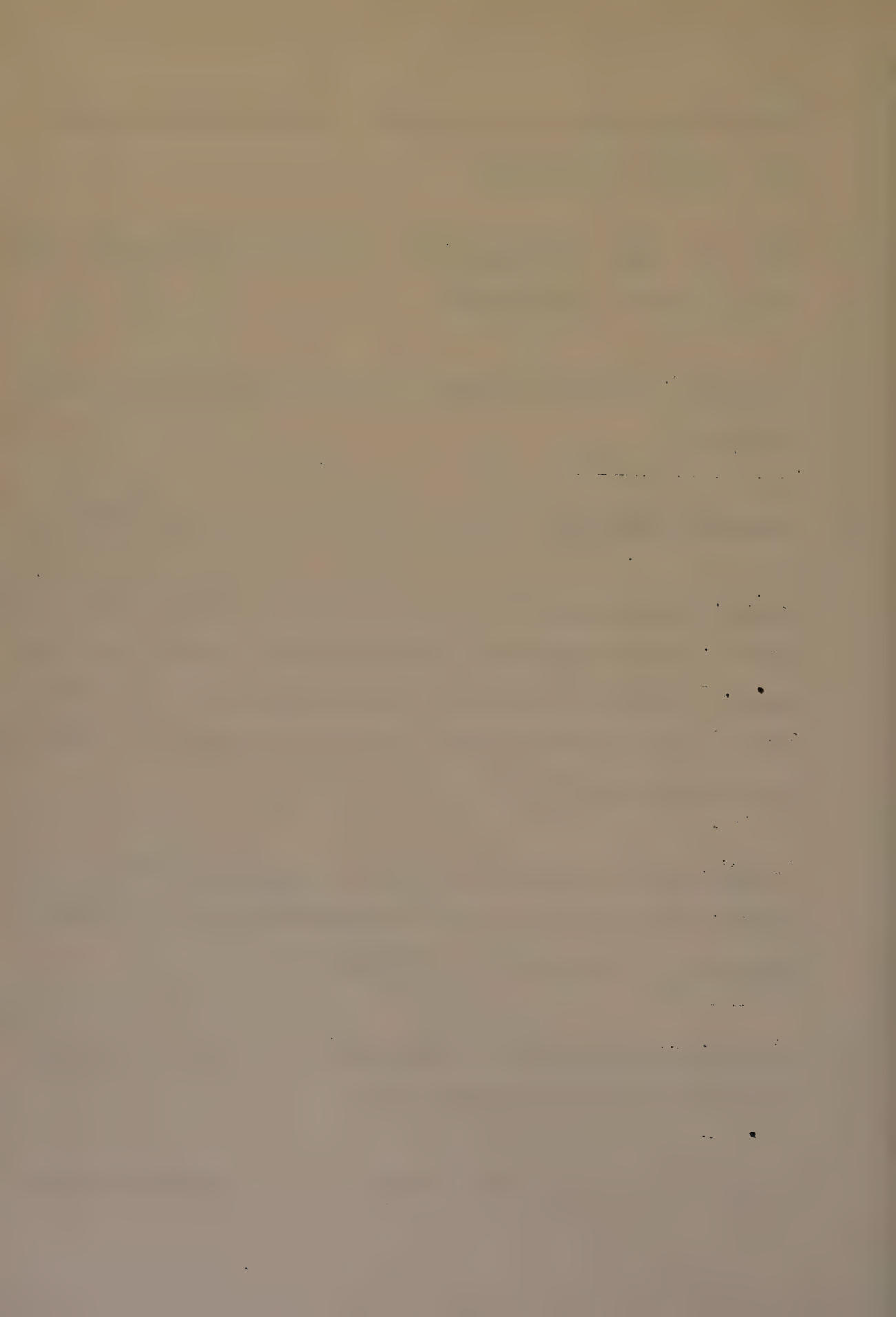
• Protocole opératoire : du 14 juin 1972 (M. BONAFOS et M. TAHRAT)

A ventre ouvert, apparaît un amas constitué par un important tablier épiploïque, fortement adhérent à la paroi abdominale antérieure. Sous cet épiploon, une masse dans laquelle sont confondus utérus, vessie, colon gauche, caecum et ovaire gauche. La trompe gauche ne peut être identifiée que dans sa partie proximale.

La libération du cul-de-sac utéro-vésical est relativement facile ; plus difficile par contre est l'exploration annexielle droite. On ne peut identifier ni la trompe droite, ni l'ovaire droit.

On libère assez facilement le recto sigmoïde de la face postérieure de l'utérus lequel se présente comme bicorné.

La corne droite en impose pour un fibrome de la taille d'une mandarine.



A gauche par contre, on identifie l'ovaire fibro-scléreux sans follicule, sans corps jaune.

L'identification des 2 hénitérus se fait par la découverte de l'insertion des 2 ligaments ronds (utérus cordiforme).

L'exploration de la corne droite qui est la plus volumineuse ne révèle pas de fibrome, mais la tranche de section objective une suppuration crémeuse qui sourd par de petits pertuis en nids d'abeille.

On termine l'intervention sur un Pestalloza, une toilette abdominale et une fermeture de la paroi en trois plans sous antibiotiques.

" Il semble s'agir d'une endométriose tuberculisée ; diagnostic rendu possible par les antécédents de la femme :

- stérilité primaire
- adhérences multiples
- trompes absentes à l'hystérographie
- I.D.R. à 25 mm
- mari traité pour tuberculose pulmonaire. "

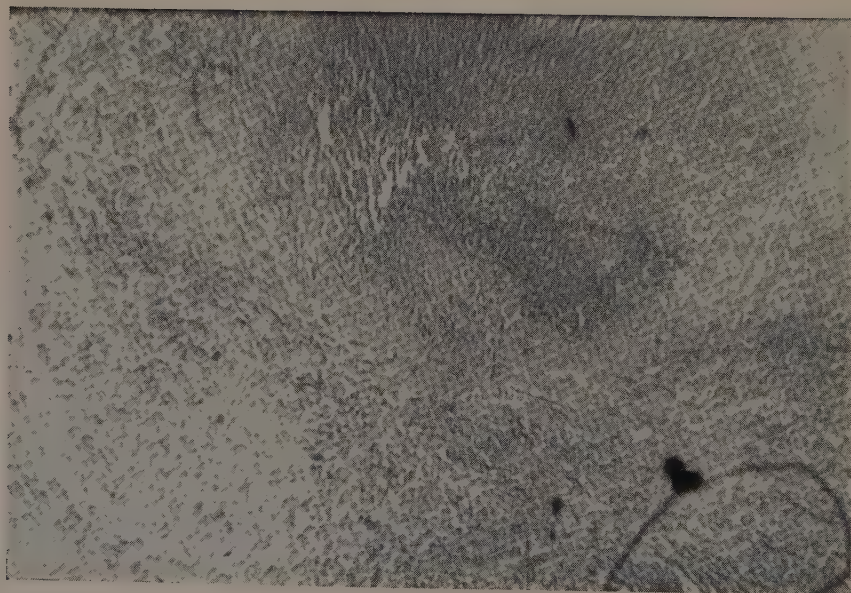
- Résultat anatomo-pathologique : du 17 juin 1972 (Mme A. BOUHADEF)

La tranche de section du corps utérin soumis à l'examen, permet de mettre en évidence un myomètre envahi.

- 1) - Par de larges plages de nécrose caséuse entourée de cellules épithélioïdes et de cellules géantes type Langhans, avec parfois des follicules de type Koester, non caséifiés.

- 2) - Par des formations glanduliformes bordées de cellules cylindriques, rappelant les tubes endométriaux entourés parfois de plages cytogènes. Dans certains cas, ce chorion cytogène est surchargé de follicules simples ou caséux.

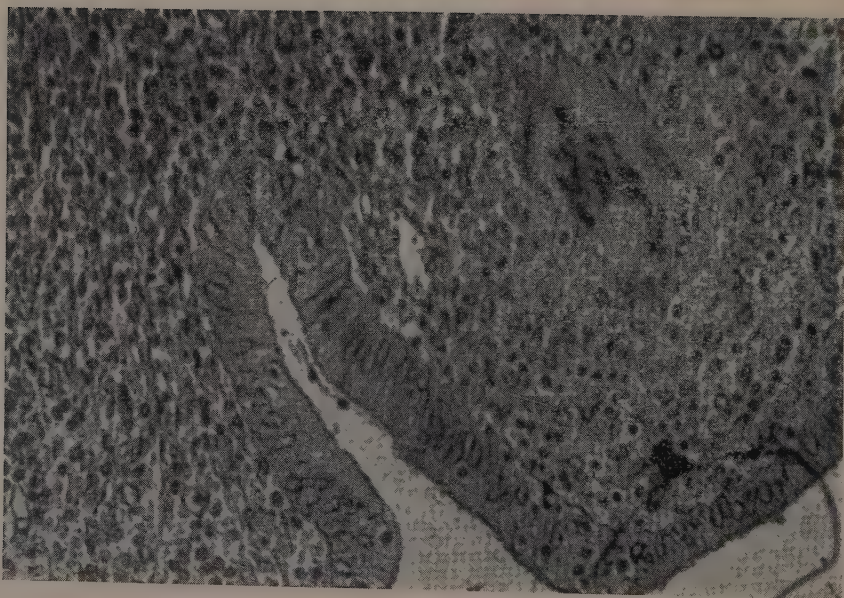
L'aspect histologique est celui d'une association au sein du myomètre d'une tuberculose caséo-folliculaire et d'une endométriase;



K... Zineb

1) Follicule épithélioïde entouré de fibres musculaires lisses du myomètre.

2) Follicule à centre nécrotique caséeux.



K... Zineb (suite)

- 3) Image d'association avec présence d'un follicule tuberculeux simple, dans le chorion d'un foyer d'endométriose, entouré par le myomètre.

- 4) Vue au fort grossissement d'un épithélium cylindrique entouré du chorion cytogène d'un ilot d'endométriose tuberculisée.

- OBSERVATION N° 3 -

Madame B... Yamina, 38 ans, mariée, sans enfant, est admise le 23 Mars 1972, dans le service de gynécologie-obstétrique - Parnet - (Mme N. LALIAM) pour :

- Métrorragies récidivantes.

Antécédents personnels

- Ménarchie à 14 ans
- Mariage à 15 ans.
- Stérilité primaire de 23 ans.

Antécédents collatéraux

Aucun fait pathologique important n'est à signaler.

Histoire de la maladie

- . 1ère hospitalisation en mai 1971 pour
 - Métrorragies abondantes.

L'examen gynécologique révèle :

- un col long, pointu, souple
- un utérus augmenté de volume comme 2 mois, dur, fibromateux.

flanqué d'une masse latérale droite à développement beaucoup plus antérieur que postérieur.

- le doigtier ramène du sang.

Le test de grossesse est négatif.

L'hystéroggraphie pratiquée montre des images diverticulaires au niveau de la trompe droite.

Le curettage biopsique centré sur la corne droite ne révèle aucune lésion typique.

. 2ème hospitalisation en décembre 1971 pour

- métrorragies et
- Dysménorrhée progressive.

L'examen gynécologique retrouve la tumeur décrite plus haut.

L'hystéroggraphie montre une persistance des images diverticulaires n'ayant pas évolué depuis la dernière hospitalisation.

A l'entrée

Nous sommes en présence d'une femme jeune, anémiée, qui se plaint de douleurs pelviennes.

L'examen gynécologique révèle :

- Au spéculum : un col de morphologie et taille normales et laissant sourdre par son orifice externe du sang provenant de l'utérus.

- Au toucher vaginal :
 - un col de consistance normale.
 - un utérus augmenté de volume comme 3 mois, arrondi ferme et dont la mobilisation est douloureuse.
 - le cul de sac droit est comblé par une masse latéro-utérine semblant être un ovaire kystique de la taille d'une petite mandarine et très douloureuse à la palpation.
 - le cul de sac gauche est libre et insensible.

La main abdominale réveille des douleurs très vives de la fosse iliaque droite.

Bilan biologique

- . F.N.S. : 3.600.000 globules rouges
4.200 globules blancs
- . Hématocrite : 33 %
- . V.S. à 33/77

. Intra-dermo-réaction positive à 23 mm le 2ème jour.

En conclusion :

Il s'agit d'une femme de 38 ans qui présente :

- une stérilité primaire
- des métrorragies depuis 2 ans.
- une masse tumorale latéro-utérine droite.

Chez qui l'on décide d'intervenir avec le diagnostic de fibrome utérin et ovaire droit kystique.

Protocole opératoire du 25 mars 1972 (B. AIT OUYAHIA)

La laparotomie confirme l'état fibromateux de l'utérus, de la taille d'un panplémousse.

Il existe des deux côtés un hydrosalpinx et à droite une masse kystique incluse dans le ligament large d'origine probablement ovarienne (aucune trace de l'ovaire droit).

- On pratique :
- une hystérectomie totale avec
 - conservation de l'ovaire gauche
 - annexectomie droite.

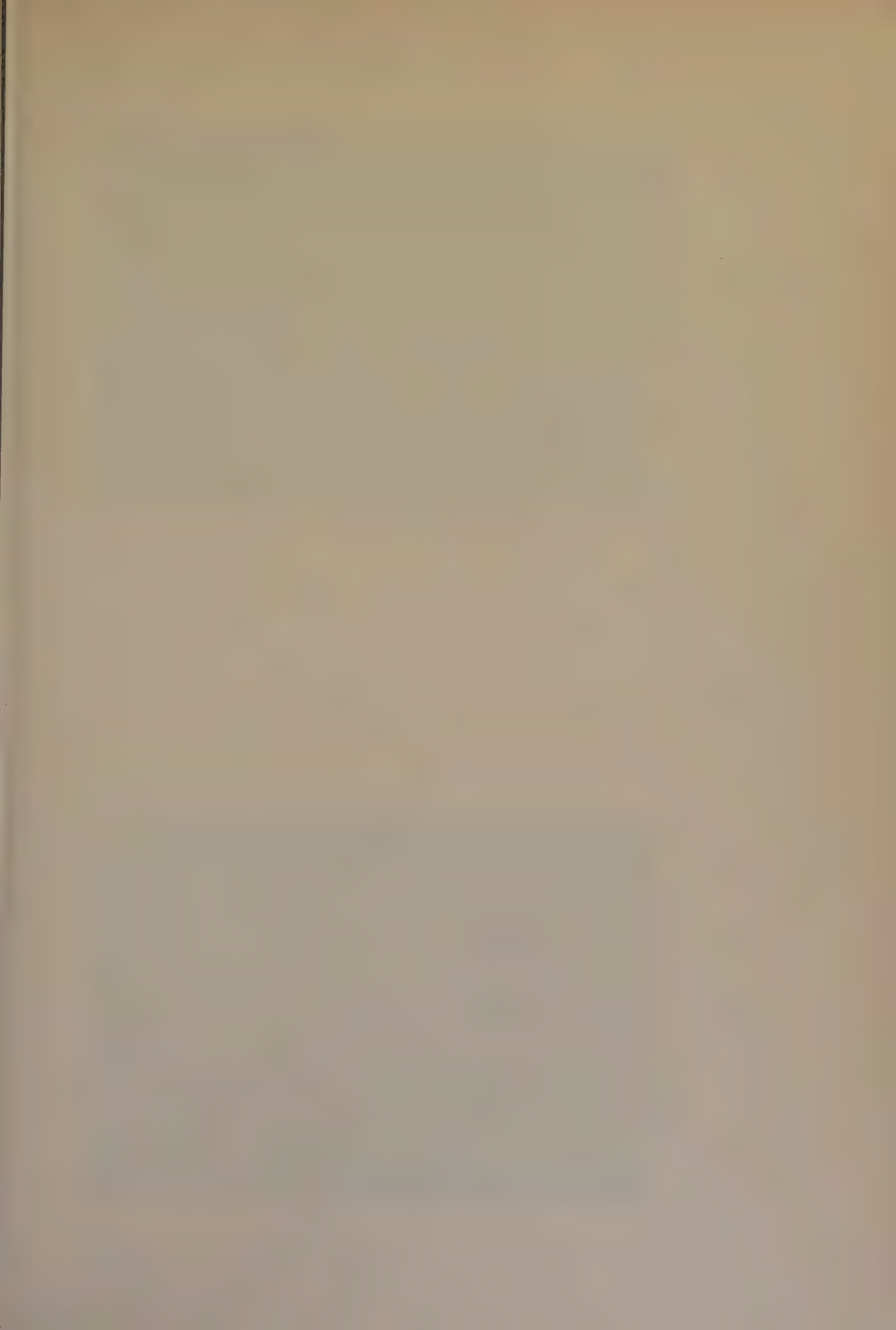
Examen anatomo-pathologique de la pièce d'exérèse du 27 mars 1972
(Mme A. BOUHADEF)

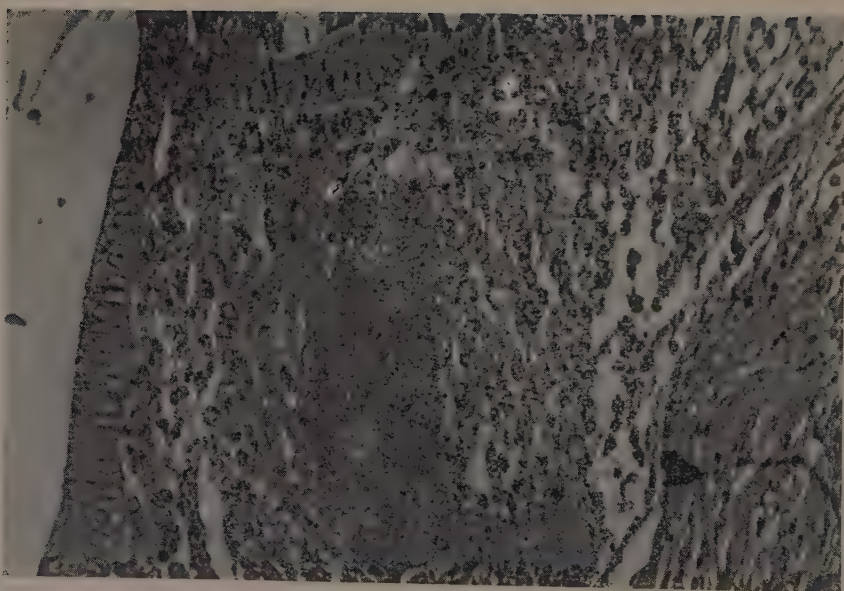
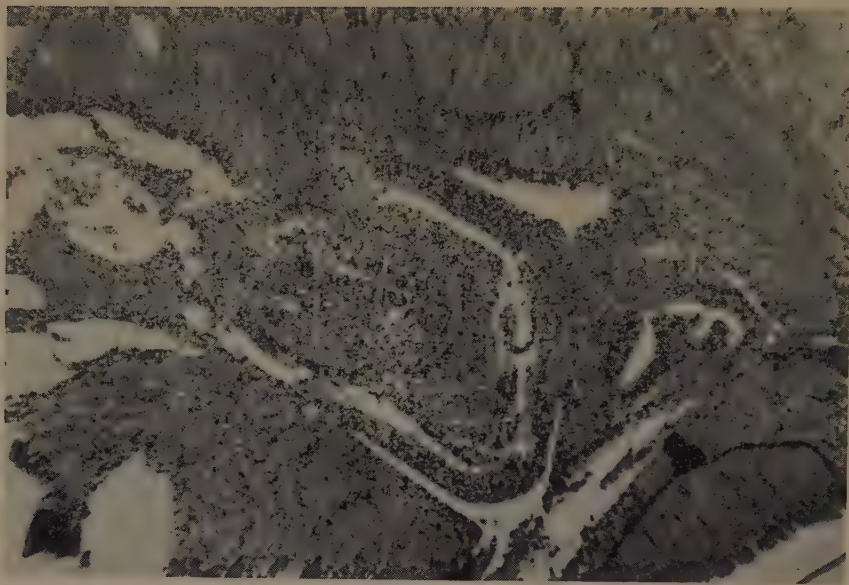
- Macroscopiquement : A.l'incision de l'utérus on note la présence de noyaux fibromateux développés aux dépends de l'utérus sur sa face antérieure et son fond. Ces noyaux sont parsemés de microabcès. La cavité utérine apparaît normale, en particulier au niveau de la corne droite.

- Microscopie : Les nombreux prélèvements effectués mettent en évidence un utérus présentant de larges zones d'endométriose soit complète soit cytogène. Seulement à leur niveau, on note la présence de formations folliculaires souvent largement caséifiées avec de nombreuses cellules épithélioïdes et géantes.

L'image est celle d'une tuberculose développée sur endométriose utérine.

Il n'y a pas de léiomyome visible.





B... Yanina

1) Foyer d'endométriose au sein du muscle utérin avec présence d'un petit follicule épithélioïde dans le chorion cytogène.

2) Follicule de type Koestor dans le chorion cytogène, bordant un épithélium cylindrique de type endométrial et limité par les fibres musculaires lisses du myomètre.

$$\equiv \circ \equiv$$

W A L E A U L I N I Q U E

— (1) —

COMMUN

$$\frac{1}{2} \text{O}_2$$

De la comparaison de ces tableaux cliniques, radiologiques et anatomiques, il apparaît que nous pouvons dégager un tableau commun.

Dans chacune des observations, il s'agit d'une femme qui est :

- dans la dernière décade de l'activité génitale ou ménopausée
- qui consulte pour des douleurs pelviennes et des métrorragies
- et qui présente des antécédents de bacillose
 - familiaux (2 cas)
 - ou personnels (1 cas)

A l'examen,

- l'état général est habituellement bien conservé sauf quand le diagnostic est resté longtemps ignoré et la thérapeutique inadaptée.
- l'utérus a un aspect tumoral
 - soit dans son ensemble ;
 - soit plus volontiers au niveau d'une corne ou d'une zone bien déterminée.

Le diagnostic clinique le plus généralement évoqué est celui de fibromyome utérin.

L'examen hystérographique découvre les images suivantes :

- un aspect pseudo-lacunaire (observation 1)

qui a fait évoquer le diagnostic de cancer du corps de l'utérus.

- des images d'endométriose avec nébuleuses au niveau des cornes.

- plus caractéristiques encore sont les aspects radiologiques de tuberculose utéro-annexielle :

- utérus malformé ou pseudo-malformé

- imperméabilité tubaire-bilatérale

- effractions vasculaires...

L'examen macroscopique note :

- . Un aspect extérieur qui n'est pas très évocateur quoique l'utérus est toujours augmenté de volume, déformé au niveau d'une corne ou d'une face par une tumeur qui est d'un volume modéré n'excédant pas celui d'une mandarine.
- . Parfois s'y associent des lésions tubaires ou péritonéales d'inflammation tuberculeuse, caractéristiques.
- . Mais c'est le plus souvent la coupe de la pièce qui permet de faire le diagnostic par la mise en évidence sur la tranche de section de foyers caséux de dimension variable, depuis le grain de mil jusqu'au foyer massif de nécrose.

- La muqueuse peut avoir un aspect atrophique ou au contraire exubérant, de type végétant. Elle peut également apparaître tout à fait normale.

L'examen histologique de la pièce peut être décrit au niveau de chaque étage de l'appareil génital.

- Annexes et péritoine : lésions de salpingite tuberculeuse.
(c'est le cas de nos trois observations) associée parfois à des lésions de pelvi-pérotomite tuberculeuse.
- L'endomètre : est le siège d'endométrite tuberculeuse ou est indemne de toute lésion.
- Au niveau du muscle : on découvre l'un des aspects suivants :
 - Des foyers inflammatoires épithélio-giganto-cellulaires ;
 - avec nécrose (observ. 1 et 2)
 - sans nécrose (observ. 3)
 - Des foyers d'endométriose juxtaposés à des foyers tuberculeux sans qu'il y ait de rapports évidents entre eux (observ. 2)
 - Des foyers d'endométriose tuberculisés (observ. 3)

	Antécédents Bacillaires	Gesta- tions	Symptomatologie			Hystéro	Autres localisations		Anath.-Path.	
			Doul.	Métrorr.	Tumeur		Endomètre	Trompes	Macroscopie	Microscopie
ALESSANDRI 1910	mari bacill.	0	+	+	+	-	Normal	0	nodule in- tra-cavitaire	foyer massif de nécrose
DANIEL 1925	0	6	+	+	+	-	Atro- phique	0	forme hyper- trophique	métrite in- tersticielle tuberculeuse
JEANNENEY 1928	mari et sœur ba- cillaires	0	+	+	+	-	Végétant	0	foyers caséux	tuberculeuse diffuse du muscle utérin
WAHL 1970	ascite + Epanch. pleural	2	+	+	+	Image de fond déchi- queté	0	Salpingite	foyers massifs	tuberculeuse du myomètre
ATT OUYAHIA 1966	ascite + Epanch. pleural	2	+	+	+	Image la- cunaire	0	Salpingite	foyers massifs	tuberculeuse du myomètre
BONAFOS 1972 TAHRAT	mari bacill. salpingecto- mie gauche	0	+	+	+	Amputation tubaire + effraction vasculaire	0	Salpingite + Pelvi- péritonite fibreuse	Pertuis en nids d'abeilles	Tuberculeuse du myomètre + endométriiose
N. LALIAM 1971	0	0	+	+	+	Image di- verticulaire	0	Salpingite	Petites cavi- tés suppurées	Endométriiose tuberculisée

$$\frac{1}{2} \text{O}_2$$

Y P O T H E S E S

P A T H O G E N I Q U E S

— 2 —

0

- Les voies d'infestation -

A - La voie la plus habituelle de l'infestation est la

voie centrifuge

C'est le Bacille de Koch de type humain qui, tout d'abord, s'est fixé au niveau du foyer primitif respiratoire ou urinaire, qui a migré ensuite vers les voies génitales, trompes et endomètre, qui va regagner le muscle.

Cette infestation peut être dite centrifuge ; elle emprunterait la voie lymphatique dont les courants vont de la sous-muqueuse vers le muscle et la sous-séreuse.

Mais, l'endomètre constitue une barrière à l'infection tuberculeuse comme à toutes les infections en général ; le myomètre ne pourra être envahi qu'à la faveur d'une destruction plus ou moins étendue de la muqueuse par le processus nécrotique.

- Ce doit être le cas des endométrites évolutives avec atteinte de la couche superficielle du muscle comme le cas rapporté par Roman en 1950.

- Ce doit être aussi le cas des pyométries tuberculeuses avec fonte de l'endomètre et de la couche superficielle

du muscle (Goldrach 1960).

- Ce doit être enfin le cas de la symphyse tuberculeuse cicatricielle endo-utérine avec endométrite ancienne cicatrisée, mais aussi probablement, une atteinte de la couche toute superficielle du myomètre qui se trouve abrasé, mis à nu, enflammé.

La biopsie de l'endomètre ne ramène que des débris sanguins et nécrotiques non définis par l'examen microscopique.

B- La voie de cheminement inverse semble aussi concevable. C'est la
voie centripète

Le Bacille de Koch se grefferait d'abord au niveau du muscle utérin occasionnant un ou plusieurs nodules tuberculeux. La confluence de ces derniers, comme le dit Daniel, peut aboutir à la formation d'un véritable abcès froid du myomètre.

Fait essentiel, la muqueuse reste longtemps intacte et ce n'est qu'au bout d'une évolution plus ou moins longue que le processus caséifiant l'atteint. L'abcès froid peut alors s'ouvrir dans la cavité utérine par un fin pertuis. Il s'ensuit alors une tuberculose secondaire de la muqueuse.

Ainsi pourrait s'expliquer notre observation n° 1 où la pièce d'hystérectomie comportait des follicules giganto-épithélio-cellulaires nombreux et

typiques au niveau de la couche musculaire alors que l'endomètre était intact sur les multiples coupes réalisées.

La voie semble ici centripète, suivant le courant vasculaire sanguin, dirigée de dehors en dedans par rapport à la paroi utérine.

Dans cette voie comme dans l'autre, la sous-muqueuse, constituerait une véritable barrière à l'infestation tuberculeuse qui reste longtemps endiguée au niveau du tissu musculaire.

C - Un autre processus de dissémination tuberculeuse peut être envisagé.

Des foyers ectopiques d'endomètre siégeant dans l'épaisseur du myomètre peuvent s'infecter, colonisant ainsi le muscle en des foyers "fermés".

C'est le cas de notre observation n° 3 où l'examen anatomopathologique est explicite ; ce sont les foyers d'endométriose qui sont tuberculisés.

Par contre, dans l'observation n° 2, il semble qu'il s'agisse bien d'une coexistence des 2 affections au sein du muscle utérin. Les foyers d'endométriose et de tuberculose sont distincts.

Nous n'avons pas trouvé de pièce dans laquelle l'infection tuberculeuse siège à la fois au niveau du foyer d'endométriose et en dehors de lui, en plein muscle utérin ; ce qui aurait pu faire évoquer un pôle d'appel par la muqueuse des endométrions, avec dissémination secondaire dans le muscle.

- Les facteurs favorisant cette dissémination -

Le principal d'entre eux est l'âge physiologique qui va de pair avec l'imprégnation hormonale.

A - Dans le cadre de la tuberculose génitale en général :

On sait, en effet, que la tuberculose génitale est exceptionnelle avant la puberté et après la ménopause, qu'elle évolue, par contre, en flambées dès l'installation de la ménarchie.

Il semble que l'imprégnation oestrogénique jusqu'alors insuffisante, permette brusquement un développement de la muqueuse utérine et de sa vascularisation ; d'où la constitution d'un terrain de choix pour le bacille de Koch qui prend valeur d'agent mutilant provoquant la destruction de l'endomètre et créant des symphyses endo-utérines.

Lors de la ménopause, l'évolution du Bacille tuberculeux serait entravée d'après nombre d'auteurs (Brêt, Towers, Babours) par l'involution génitale et principalement par l'atrophie de l'endomètre et la récession du système vasculaire. D'où la relative rareté de l'atteinte génitale après la période de la ménopause.

B - Dans le cadre de la tuberculose du myomètre en particulier :

On peut envisager plusieurs facteurs :

1) - Un facteur mécanique favorisant la dissémination tuberculeuse

c'est la suppression de la barrière constituée par
la couche fonctionnelle de l'endomètre.

Ceci peut se voir à la faveur de la plaie placentaire lors de l'accouchement, du curettage évacuateur après un avortement.

D'où les flambées péritoniales et septicémiques décrites par FRUHINSHOLTZ.

Ceci peut également se concevoir chez les femmes âgées, dont l'endomètre est atrophié.

2) - Un facteur trophique peut aussi être invoqué :

- régression et sclérose du système vasculaire lors de la ménopause.
- phénomènes congestifs du fait de l'imbibition gravidique dans les suites de couches immédiates.
- l'excès d'oestrogènes de l'inflation hormonale de la grossesse et la carence de ces hormones dans la période ménopausique et post-ménopausique pourraient ainsi paradoxalement favoriser l'atteinte tuberculeuse du myomètre.

=0=

=0=

II

O

N

C

L

U

S

I

O

N

=0=

=0=

1) - La tuberculose du myomètre est exceptionnelle.

2) - Le diagnostic peut être évoqué néanmoins, devant l'association chez une femme stérile ou non, de :

- métrorragies
- tumeur utérine
- douleurs

L'aménorrhée chez une femme stérile fait toujours penser à la tuberculose.

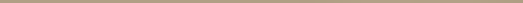
Les métrorragies chez une femme stérile peuvent faire penser à la tuberculose.

Les métrorragies chez une femme non stérile ne doivent pas faire ignorer une tuberculose génitale même s'il existe une tumeur utérine hâtivement étiquetée fibrome.

L'étude des antécédents, l'examen clinique, l'examen détaillé des clichés d'hystéroggraphie apportent des éléments suffisants pour permettre un diagnostic de forte présomption de tuberculose du myomètre.

二

— 〇 —



CLADO : " Tuberculose du corps de l'utérus "

Traité sur le diagnostic gynécologique (1902)

ALESSANDRI : " Tuberculosi del corpo del utéro limitata al
myometrio "

Il Policlinico (1910)

BEGOUIN : " Tuberculose du corps limitée au myomètre "

Société de gynécologie et d'obstétrique
de Bordeaux (1916)

DANIEL : " Tuberculose du corps de l'utérus "

Traité de Gyn. et d'Obst. (1925)

WATKINS :

Surgerey, gynecology and obstetric (1925)

JEANNENEY : " Tuberculose du corps de l'utérus limitée
au myomètre "

Société de Gyn. et d'Obst. de Bordeaux (1928)

N.C. LAPEYRE : " Tuberculose du corps de l'utérus "

Traité sur la tuberculose utéro-annexielle (1947)

ROMAN : " Sur le pronostic des tuberculoses génitales découvertes
par biopsie de l'endomètre "

C-R de la Soc. Française de Gyn. (Mars 1950)

BRAVARSKI : " Endométrite tuberculeuse latente et métropathies
hémorragiques "

C-R de la Soc. Française de Gyn. (Avril 1952)

NETTER : " Deux cas atypiques de tuberculose génitale "

C-R de la Soc. Française de Gyn. (Mai 1954)

LAFONT, BONAFOS et MUSSINI - MONTPELLIER :

" Endométriose tuberculisée de l'utérus "

Alg. Méd. (1956)

GOLDRACH : " Etude clinique et thérapeutique de la pyonétrie
sénile bénigne. "

C-R de la Soc. Française de Gyn. (Décembre 1960)

VARANGOT, GIRAUD, BIGNON - SCHNIRER :

" Etiologie, clinique, biologie et pathogénie de
l'endométriose génitale "

Bull. de la Féd. des Soc. de Gyn. et d'Obst.

de langue française (Septembre 1965)

AIT OUYAHIA : " La tuberculose génitale "

Exposé des titres et travaux scientifiques (1967)

GUYOMAR et OBEIKA : " La tuberculose génitale des femmes
âgées "

Gyn. pratique (1970)

WAHL : " Les formes métrorragiques de la tuberculose génitale
(à propos de 2 observations)

Bull. de la Féd. des Soc. de Gyn. et d'Obst. de
langue française. (Septembre 1971)

GIORGI, NATALI, BOINET, ORCEL :

" A propos de deux cas d'adénomyose utérine tuberculisée "

Soc. anat. de Paris (Novembre 1971)

SCHAEFER, S. MARCUS, E. KRAMER :

" Postménopausal endométrial tuberculosis "

American Journal of Obstetrics and Gynecology (Mars 1972)

